(Sonder-Abdruck aus dem Centralblatt für Chirurgie 1895. No. 4.)

3.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

# Ein Fall von Lipom in der Bauchhöhle.

Von

Prof. Dr. Lennander.

---

(Der Fall wird ausführlicher von meinen Schülern, Cand. med. J. Lundin und Dr. Karl Hedbom in den »Upsala Läkareförenings Förhandlingar« Bd. XXX behandelt.)

Oskar Alnäs, 52 Jahre alt, Tischler aus Upsala, wurde den 22. Februar in die chirurgische Klinik aufgenommen.

Anamnese: Keine erbliche Anlage für Tuberkulose oder Geschwulstbildung; weder Lues, noch Missbrauch von Alcoholica; gesund bis zum 45. Jahre. Nach dieser Zeit eine allmähliche und gleichförmig stattfindende Zunahme des Bauchumfanges unter Symptomen eines gelinden Magenkatarrhs und nach und nach zunehmender Kurzathmigkeit.

Pat. ist jetzt arbeitsunfähig und bettlägerig.

Status praesens den 23. Februar.

Hochgradige Auftreibung des Bauches, verbunden mit einer Ausbuchtung des unteren Brustkorbrandes. Über den ganzen Bauch eine deutlich wahrnehmbare Fluktuation. Keine Empfindlichkeit. In der Fossa il. dext. verspürt man einen ungleichmäßigen, schwach beweglichen Tumor, der nach oben bis zur Nabelhöhe, nach innen bis zur Mittellinie reicht. Matter Perkussionston über den ganzen Bauch, ausgenommen in den Seitengegenden. Die untere Grenze der Leber nicht bestimmbar. Der Magensaft normal. Lungen und Herz ohne wesentliche Veränderungen. Die Menge des Urins bedeutend vermindert, im Übrigen zeigt er nichts Abnormes.

Laparotomie den 28. Februar 1894.

Man fand ein kolossales Lipom, das vom Netz seinen Ausgang genommen zu haben schien. Es füllte den ganzen Bauch aus und lag vor den Dünndärmen, dem Magen und der Milz. Das Colon transv. schien sich durch seine Mitte hindurchzuziehen; ein großes Stück von seinem Mesocolon ging bei der Herauslösung der Geschwulst zu Grunde; nach der Exstirpation des Tumors fehlte der rechte Theil des Netzes vollständig, und die Bursa omenti majoris stand offen. Nur die Lösung des Colon transv. hatte etwas größere Schwierigkeit geboten; ein 20 cm langes Stück dieses Darmtheiles, dem das Mesocolon fehlte, musste in die Bauchwunde hineingenäht werden.

Blutleer und durchschnitten wog der Tumor 15 kg, war von lipomartiger Struktur, sehr gefäßreich, zeigte an mehreren Stellen größere und kleinere Blutungen, wie auch hier und da kleinere, mit dünnflüssigem Fett gefüllte Cysten.

Am Morgen des folgenden Tages, dem 1. März, war die ganze hervorgezogene Darmschlinge gangränös. Sie wurde aufgeschnitten und fortgenommen.

Am Nachmittag war der Zustand des Pat. schlecht. Es war offenbar, dass sich der Brand einwärts auf die Theile des Colons, die nicht hervorgezogen wor-

den waren, erstreckt hatte. Unter Äthernarkose wurde ein Querschnitt durch den rechten Musc. rectus gemacht. In dem abführenden Colon hatte der Brand in gleicher Höhe mit dem Peritoneum parietale Halt gemacht, vom zuführenden dagegen mussten mehr als 10 cm fortgenommen werden. — Den 3. März Flatusabgang durch den angelegten Anus. 500 ccm einer dünnbreiigen Fäkalmasse ging durch einen in die zuführende Darmschlinge eingeführten Gummischlauch ab. — Den 11. März Temperatur afebril. — Den 27. März. Wie sich ergiebt, liegt die zuführende und die abführende Darmschlinge in einer Ausdehnung von 5 cm dicht neben einander. — Den 10. April Anlegung einer Dupuytren'schen Darmschere. — Den 5. Mai. Pat. hat guten Stuhlgang durch den natürlichen Anus. — Den 20. Mai. Pat hat das Bett verlassen. — Den 8. September. Nachdem im Ganzen 6 Darmscheren angelegt und mehrere plastische Operationen ausgeführt worden waren, gelang es, den Anus praeternaturalis zu schließen, so dass jetzt nur noch eine Fistel, durch die eine nur ganz geringe Menge von Fäces hervordringt, von der Weite einer dickeren Sonde besteht. Pat. hat seine Arbeit wieder aufgenommen.

Den 26. November. Stuhlgang nach Form und Größe normal; nur selten gehen Fäces durch die Fistel, die sich stetig verkleinert, ab.

Dass hier erst bei der Operation die Diagnose gestellt werden konnte, dürfte zu entschuldigen sein; dieser Fall ist durchaus geeignet, den Werth einer probatorischen Laparotomie einer einfachen Probepunktion des Bauches gegenüber ins rechte Licht zu setzen. Man nahm allerdings einen Tumor wahr, daneben waren aber die Symptome von Flüssigkeit in der Bauchhöhle so deutlich, als man billigerweise nur verlangen kann. Nicht selten treten Fälle von Ascites auf, deren Ursprung dunkel ist. Unter solchen Umständen ist immer zu erwägen, ob nicht eine Laparotomie am Platze wäre. Und obwohl ich auch aus meiner Klinik ein paar derartiger Fälle, bei denen mittels Laparotomie eine völlige Genesung erzielt wurde, mittheilen könnte, so will ich es doch auf eine passendere Gelegenheit verschieben, da sie ja außerhalb der Grenzen der uns hier beschäftigenden Frage liegen.

Was beim vorliegenden Falle den Ausgangspunkt der Geschwulst anbelangt, so hält es nicht leicht, hierüber eine bestimmte Ansicht auszusprechen. Auf Grund dessen, was im Operationsprotokoll angegeben wird, ist es nicht unwahrscheinlich, dass sie von den beiden hinteren Blättern des Netzes ihren Ausgang genommen hat; sie kann jedoch auch von dem Mesocolon transversum ausgegangen sein und ließe sich dann besser mit den Fällen von Mesenteriallipom, die Terrillon zusammengestellt hat, vergleichen[1].

---

[1] Soc. de chir. 1886, enl. Traité de chirurgie, tome VII. p. 172.